

<https://helda.helsinki.fi>

---

Vastine edelliseen

## Ylävatsavaivat ja refluksioireet Käypä hoito -työryhmä

2019

---

Ylävatsavaivat ja refluksioireet Käypä hoito -työryhmä , Voutilainen , M , Heikkinen , M ,  
Kiviniemi , M , Kokkola , A , Komulainen , J , Koskenpato , J , Merras-Salmio , L & Mikkola , I  
2019 , ' Vastine edelliseen ' , Duodecim , Vuosikerta. 135 , Nro 13-14 , Sivut 1311 . <  
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14994> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/320935>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

## Vastine edelliseen

**Kiitämme professori Sipposta** Käypä hoito -suositukseen kohdistuneesta kritiikistä! Kuten Sipponen toteaa, helicobakteeri on merkittävä mahasyövän ja ulkustaudin riskitekijä. Helicobakteeri-infektion esiintyvyyttä ja mahasyövän ilmaantuvuutta on käsitelty tuoreessa katsausartikkelissa (1). Kun 25 vuotta sitten helicobakteeri-infektion esiintyvyys 15–75-vuotiailla Suomessa oli 31 %, se oli pienentynyt 19 %:iin vuosi-na 2007–2009 (18–92-vuotiaat). Vuonna 1994 Suomessa 15–34-vuotiailla helicobakteerin esiintyvyys oli alle 10 %. Tänäkin nuot henkilöt ovat 40–59-vuotiaita. Helicobakteeri-infektion esiintyvyys heillä lieene alle 10 %, koska todennäköisesti osa heistä on saanut helicohäädön (helikoinfektioon ei käytännössä sairastuta aikuisiällä). Jos helikoinfektion esiintyvyys on kehittynyt samoin kuin edeltävinä vuosikymmeninä, on infektion kokonaisesiintyvyys Suomessa nykyisin noin 5 % (1).

Kun helikotestin ennakkotodennäköisyys on alle 20 %, positiivinen testitulos (hengitystesti) on epäluotettava (2). Nykykäsitöksen mukaan toiminnallinen dyspepsia ja refluksitauti ovat useimmissa tapauksissa samaa sairautta (3). Helicobakteeripositiivisista dyspepsiapotilaista vain joka 17. hyötöy häätöhoidosta. Epigastriksen ylävatsakivun hoidossa suositellaan PPI-hoitoa ensisijaisena toimenpiteenä helikotestauksen asemesta dyspep-

siapotilaille (3), jos helikoinfektion esiintyvyys on pieni (4).

Sipposen mukaan mahalaukun helikoinfektion lisäksi epäsuorilla testeillä tulisi tutkia atrofista gastriittia siihen liittyvän mahasyöpäriskin takia. Atrofisen gastriitin vuotuinen syöpäriski oli 0,1 %, suolimetalplasian 0,25 %, lievän tai kohtalaisen dysplasian 0,6 % ja vaikean dysplasian 6 % (viiden vuoden seuranta). Mahasyövän vahvimmat riskitekijät olivat vaikea dysplasia ja 75–84 vuoden ikä (5). Atrofisen gastriitin noninvasiivinen testaaminen syöpäriskin vuoksi on potilaan kannalta hyödytöntä ja terveydenhuollon resurssien haaskausta. Yli 55-vuotiaille dyspepsiapotilaille on tehtävä gastroskopia, joka biopsioiden kanssa on noninvasiivista testausta luotettavampi mahalaukun limakalvon sairauksien ja premalignien muutosten diagnostiikassa.

Suomessa mahasyövän vuotuinen ilmaantuvuus on miehillä alle 7,5:100 000 ja naisilla alle 5:100 000. Edellisten 40 vuoden aikana mahasyövän ilmaantuvuus on pienentynyt jyrkästi kaikissa länsimaissa (1). Ylävatsavaiva ei ole ylempään ruuansulatuskanavan syöpien riskitekijä, sen sijaan hälyttävät oireet assosioituvat näihin syöpiin (6).

Pentti Sipponen esittää, että ylävatsavaivaisen potilaan hoidossa mahahapon sekreetion (noninvasiivinen) mittaaminen olisi suositeltavaa. Mahahapon erityy on nuorilla ja keski-ikäisillä samaa luokkaa, mutta stimuloitu erityy pienenee 30 % yli 65-vuotiailla (7). Ikääntyneillä haponerityksen pieneminen liittöy atrofiseen gastriittiin ja tupakoinnin vähenemiseen. Heillä gastroskopia on ensisijainen tutkimus ylävatsavaivoissa. Hapon hypersekreetio ei ole patofysiologinen tekijä toiminnallisessa dyspepsiassa eikä refluksitautissa (8,9). Haposekreetion mittaaminen ei vaikuta hoitoratkaisuihin.

Ylävatsavaivojen Käypä hoito -suositus on tarkoitettu avohoidon lääkäreille oireisten potilaiden diagnostiikan avuksi. Kun oirekuvan perusteella herää epäily ruokatorven tai mahalaukun syövästä, on tähytystutkimus ensisijainen tutkittavan iästä riippumatta (6), eikä aikaa ja resursseja pidä tuhlatu noninvasiivisiin tutkimuksiin. Helikoinfektio ja ylempään ruuansulatuskanavan syövät ovat Suomessa harvinaisia sairauksia nuorilla ja keski-ikäisillä dyspepsia- ja refluksipotilailla (9). ■

**Ylävatsavaivat ja refluksioireet**  
**Käypä hoito -työryhmä**

**MARKKU VOUTILAINEN, MARKKU HEIKKINEN, MIKKO KIVINIEMI, ARTO KOKKOLA, JORMA KOMULAINEN, JARI KOSKENPATO, LAURA MERRAS-SALMIO ja ILONA MIKKOLA**

### KIRJALLISUUTTA

1. Roberts SE, Morrison-Rees S, Samuel DG, ym. Review article: the prevalence of *Helicobacter pylori* and the incidence of gastric cancer across Europe. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;43:334–45.
2. Roberts AP, Childs SM, Rubin G, ym. Tests for *Helicobacter pylori* infection: a critical appraisal from primary care. *Fam Pract* 2000;17:512–20.
3. Talley NJ. Functional dyspepsia: new insights into pathogenesis and therapy. *Korean J Intern Med* 2016;31:444–56.
4. Vakil N. Proton pump inhibitors for dys-

pepsia. *Dig Dis* 2008;26:215–7.

5. De Vries AC, van Grieken NCT, Looman CWN, ym. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Gastroenterology* 2008;134:945–52.
6. Astin MP, Martins T, Welton N, ym. Diagnostic value of symptoms of oesophagogastric cancers in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2015;65:e677–91.
7. Feldman M, Cryer B, McArthur KE, ym. Effects of aging and gastritis on gastric

acid and pepsin secretion in humans: a prospective study. *Gastroenterology* 1996;110:1043–52.

8. Miwa H, Oshima T, Tomita T, ym. Recent understanding of the pathophysiology of functional dyspepsia: role of the duodenum as the pathogenic center. *J Gastroenterol* 2019;54:305–11.
9. Tack J, Pandolfino JE. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018;154:277–88.